

SÓLO PARA LESIONES PRODUCIDAS POR ACCIDENTES DEPORTIVOS

A CUMPLIMENTAR POR EL ASEGURADO

Se ruega usar letra clara

Nº Afiliación

Nombre del paciente _____

Mes / Año nacimiento _____

Fecha _____ de _____ 20 ____

Firma

A CUMPLIMENTAR POR EL MÉDICO

Se ruega usar letra clara

Dr. D. _____

Especialidad _____

Nº Colegiado _____

D.N.I. _____

Acto profesional realizado
(debe ajustarse a la nomenclatura del baremo)

Codificación _____

A CUMPLIMENTAR POR EL RESPONSABLE DEL CLUB

Se ruega usar letra clara

Yo, D. _____

como _____ del Club _____

con domicilio en _____ Teléfono _____

Certifico que el jugador profesional/amateur (*táchese lo que no proceda*)

D. _____

sufrió una lesión de _____

encuentro/entrenamiento/desplazamiento (*táchese lo que no proceda*) celebrado en _____

el día _____

Fecha

Firma